



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

Lugar y fecha:	San Salvador, 26 de Mayo del 2021	Nº ORDEN:	487
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
ELECTROLAB MEDIC, S.A. DE C.V. TEL: 2239-9999			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
6	c/u.	Compresa calor Instantanea 8 X 18 BC: 1403891 Caliente Hombros Instantaneo 8 x 18 pulg. Reusable Compresas calinete instantanea idel para el cuello hombro y espalda superior Marca: Hotshotz Origen: USA	\$ 33.90	\$ 203.40
12	c/u.	Compresa fria 5 x 9" BC: 1423262 compresas fria 5 x 9 Pulg. para Envolver alrededor de los brazos piernas rodillas, los codos muñecas, tornillos cuello hombros y la frente guardarlo en el congelador hasta que esten listo para usarlo estaran suaves y flexibles Marca: Hotshotz Origen: USA	\$ 13.56	\$ 162.72
6		Compresa fria 14 X 11" Standard F BC: 71490501747 Fria reusable espalda 14 X 11 Pulg 28 x 36 cm. Reusable M/ Fabricación compresa Fria fria para espalda reusable de 28 x 36 cm Tipo Hospitalario Marca: RP	\$ 33.90	\$ 203.40

TOTAL US \$: \$ 569.52

(TOTAL EN LETRAS) QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE 52/100 DOLARES

OBSERVACIONES:	USO EN: FISIATRIA
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
TIEMPO DE ENTREGA:	5 DIAS HABLES

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA Nº 438 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL TITULAR

1/6/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:
 NOMBRE: **Dr. David Ernesto Castillo Bustamante**, Licda. Claudia Felicita Carpio de Maldonado, Licda. Claudia Sujey Rios Deras, Dr. Pablo Ricardo Gonzalez Canizalez y Dr. Hector Milton Barrientos Sanchez
 TELEFONO: 2133-3241 CORREO: divisionmedica@hospitalbloom.gob.sv

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta **ORDEN DE COMPRA** se requiere el cumplimiento de lo siguiente:
 1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
 2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS**.
 3. Favor mencionar el número de la Orden de compra
EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD FINANCIERA COPIA: U.A.C.I.	<i>[Firma manuscrita]</i> FIRMA PROVEEDOR	ELECTROLAB MEDIC, S.A. DE C.V. SELLO PROVEEDOR
--	---	---

31 mayo 21